Aus dem Knappschaftslazarett Ruda-Nord O/S.
(Chefarzt Dr. Becker.)

Zur chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgie mittels Alkohol-injektion in das Ganglion Gasseri.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Herbert Kolodziej,
Ruda-Nord O/S.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Die Behandlung der Trigeminusneuralgie anfangs rein symptomatisch — der Thermotherapie und inneren Medizin angehörend — wird neuerdings wenigstens in Fällen schwerer, genuiner Trigeminusneuralgie von einer mehr spezifischen, dem Wesen nach chirurgischen abgelöst. Neurotomie, Neurektomie, Neurexhairese folgten einander, ließen aber bezüglich ihrer Dauerresultate unbefriedigt. Die Ganglionresektion in Krauses und Lexers Modifikation hat eine hohe Heilungsziffer von 93% rezidivfreien Fällen, aber eine hohe Mortalität. Ihr macht in den letzten Jahren die Alkoholinjektionsbehandlung des Ganglion Gasseri den Rang streitig. Ihre Entwickelung führt über die von Luton (1863), Neuber (1893) inaugurierte Injektion von konzentrierter Salzsäure und Überosmiumsäure in die peripheren Trigeminusäste, die von Schlösser im Jahre 1902 eingeführte und ausgebaute Alkoholinjektion an die Austrittsstellen des Trigeminus aus dem Schädel, die basale Alkoholinjektionsbehandlung. Operatives Vorgehen, nämlich Freilegung des Foramen ovale bezw. rotundum und Alkoholinjektion in dasselbe verbanden Wright (1907), Brissaud und Sicard, Struyken (1912), während Rasumowsky (1909), Alexander und Unger (November 1912) sich operativ das Ganglion Gasseri zugänglich machten und Alkohol in dasselbe injizierten. Die Punktion des Ganglion Gasseri mit nachfolgender Alkoholinjektion bürgerte sich spät ein. Sie wurde fast gleichzeitig und unabhängig voneinander von Wilfred Harris (Januar 1912) und Fritz Haertel (Mai 1912) zuerst unternommen. Letzterer führt die Punktionsnadel in die seitliche Wangengegend gegenüber dem Alveolarrand des 2. o. Molarzahns durch Haut, Wangenfett, zwischen dem m. buccinator medial einerseits, dem m. masseter, processus coronoideus und m. temporalis

andererseits unter Leitung des im Mund des Patienten befindlichen Fingers in die fossa infratemporalis. Sie durchbohrt hier den m. pterygoideus externus, dringt zum planum infratemporale vor und tastet sich zum Foramen ovale, wo sie das Ganglion Gasseri erreicht. Die Methode wurde von Borchardt, Braun, Grinker (Chikago), Danis (Brüssel), Hirschel (Heidelberg), Streißler (Gratz) aufgenommen. Ein Fall von schwerer Trigeminusneuralgie, der vorher erfolglos intermedizinisch sowie chirurgisch (Neurektomie, Neurexhairese, periphere Alkoholinjektionen) behandelt war, gab uns Gelegenheit, den therapeutischen Wert der Methode zu bestätigen. Der durch täglich auftretende Schmerzanfälle das Bild schweren körperlichen wie seelischen Zusammenbruchs bietende Patient wurde durch zweimalige Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri ohne Komplikationen geheilt und ist 5 Monate rezidivfrei geblieben. Unbedeutende, nicht lästig fallende Parästhesien der rechten Wange waren die einzigen Nebenerscheinungen des Eingriffs. Die relativ kurze Beobachtungszeit mahnt zur Vorsicht in der Beurteilung der Dauerheilung, bezüglich derer sich andere Autoren günstig aussprechen. In Pichlers Material (51 Fälle aus der ersten chirurgischen Klinik Eiselsberg, Wien) finden sich nur 4 Fälle absoluten Mißerfolgs. Bei 16 Fällen erzielte er keine volle Daueranästhesie, jedoch blieben 12 Patienten 2 Jahre anfall- und schmerzfrei, während 4 Fälle durch erneute Injektionen geheilt wurden. 10 Fälle wurden objektiv und subjektiv geheilt und blieben 3 Jahre hindurch rezidivfrei. Ein Fall von Trigeminusneuralgie infolge Kiefersarkoms blieb nach einmaliger Punktion schmerzfrei. In 4 Fällen trat völlige Schmerz- und Anfallfreiheit ein, die 52, 49, 24 und 22 Monate anhielt, während 5 Fälle nach 2, 4, 6, 7 und 27 Monaten über Ausbleiben der neuralgischen Beschwerden berichteten. 10 Fälle entzogen sich der Beobachtung. Hajek (Wien) behandelte 9 Fälle von Trigeminusneuralgie, die sämtlich zum Teil bis zu $2^3/_4$ Jahren rezidivfrei blieben. Hirschel (Heidelberg) erzielte in 7 Fällen schwerer Trigeminusneuralgie sämtlich Dauerheilung, bei Beobachtung bis zu $1^1/_2$ Jahren. Haertels Material umfaßt 50 Fälle, wovon 37 über $^1/_2$ Jahr beobachtet wurden. Von ihnen blieben 25 rezidivfrei, 12 hatten Rezidive, 4 von ihnen wurden durch erneute Injektion geheilt, während sich 8 der Behandlung entzogen. Totale Dauer-

anästhesie, die man etwa nach 2 Wochen, sicherer nach $^1/_4$ Jahr konstatieren kann, verbürgt Dauerheilung; partielle Anästhesie schützt nicht vor Rezidiven. Unerwünschte Nebenerscheinungen der Punktion sind Sepsis (bisher nicht beobachtet), Hämatome nach Gefäßverletzungen, vorübergehende Augenmuskellähmungen, Paresen der Kaumuskulatur und Keratitis neuroparalytica. Letztere ist die schwerwiegendste, während die anderen leichter zu bewerten sind. Sie ist ätiologisch ungeklärt, tritt nur auf bei totaler Anästhesie des Trigeminus. Härtel beobachtete sie in 8 Fällen, von denen 4 einen ungünstigen Ausgang nahmen: 1 Fall wurde wegen Hypopyon-Keratitis enukleiert, 1 Fall führte zu bleibender Makula, in 2 Fällen resultierte Leukom mit Verlust der Sehkraft. Unser Fall blieb frei von Reizerscheinungen des rechten Auges. Sorgfältige Prophylaxe, nämlich Uhrglasverband, Einstreichen von Borsalbe in den Bindehautsack und Atropininstillation bei konjunktivaler Reizung verhütet mit einiger Sicherheit das Auftreten der Keratitis neuroparalytica. Partielle Anästhesie des Ganglion Gasseri unter Ausschluß des 1. Astes würde vor dieser Komplikation schützen, ist aber technisch nicht ausführbar. Haertels Rat zur Erzielung von Partialanästhesie nur 1 cm weit einzugehen, auf Parästhesien im 2. oder 3. Ast zu achten und nur 1 ccm Alkohol zu injizieren, befolgten wir, jedoch erfolglos, indem schon nach dem 1. Tropfen der Injektionsflüssigkeit Anästhesie in allen Trigeminusästen und Aufhebung des Kornealreflexes eintrat. Ein Vergleich der intrakraniellen Alkoholinjektionsbehandlung der Trigeminusneuralgie mit den anderen chirurgischen Behandlungsmethoden, insbesondere der Ganglionresektion, ergibt, daß beide Verfahren für schwere Fälle genuiner Trigeminusneuralgie nach Erschöpfung aller anderen Behandlungsarten vorbehalten bleiben. Die intrakranielle Punktion des Ganglion Gasseri ist wegen der relativ leichteren und gefahrloseren Technik ein Eingriff, der nicht operationsfähigen Patienten noch zugemutet werden kann. Bezüglich Dauererfolgen übertrifft sie die periphere und basale Alkoholinjektionsbehandlung, steht auf gleicher Höhe mit der Ganglionresektion, während die Keratitis neuroparalytica beiden Methoden gemeinsam ist, einen relativ günstigen Ausgang nimmt und durch zweckmäßige Prophylaxe eingeschränkt werden kann.